

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE OBSTETRICIA

**Factores de riesgo asociados al desprendimiento
prematureo de placenta en gestantes atendidas en el
Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el
periodo de enero del 2003 a diciembre del 2003.**

TESIS

**Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Obstetricia**

AUTOR

Elizabeth Torres Ríos

ASESOR

Dr. Federico Solídooro Cisneros

Lima – Perú

2007



INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título del proyecto**
- 1.2. Autora**
- 1.3. Asesor**
- 1.4. Servicio**
- 1.5. Departamento**
- 1.6. Institución**
- 1.7. Duración**
- 1.8. Palabras claves**

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 2.1. Caracterización del Problema**
- 2.2. Formulación del Problema**
- 2.3. Justificación e Importancia del Problema**
- 2.4. Objetivos de la Investigación**
 - a) Objetivo General**
 - b) Objetivos Específicos**
- 2.5. Marco Teórico y Conceptual**
 - 2.5.1. Antecedentes y Bases Teóricas**



CAPITULO III.: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio

3.2. Población

3.3.Muestra

3.3.1. Unidad de Análisis

3.3.2. Tamaño de la muestra

3.3.3. Tipo de Muestreo

3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión.

3.3.4.1. Criterios de Inclusión

3.3.4.2. Criterios de Exclusión

3.4. Variables e Indicadores

3.4.1. Identificación y medición de Variables

3.4.2. Definición Operacional de variables

3.5. Técnica de Recolección de Datos

3.5.1. Método de Recolección de Datos

3.5.2. Instrumento de Recolección de Datos

3.5.3. Procedimiento

3.5.4. Tratamiento y Procesamiento

3.6. Tecnica de Analisis de Interpretación

CAPITULO IV: RESULTADOS

CAPITULO V: DISCUSION

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES



CAPITULO VIII: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

7.1. Recursos Necesarios – Presupuesto

7.2. Cronograma

CAPITULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPITULO X: ANEXOS

Anexo 1. Instrumento para la Recolección de Datos

Anexo 2: Tablas en Blanco.



CAPITULO I

DATOS GENERALES

1.1. Título :

“Factores de riesgo asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de Enero del 2003 a Diciembre del 2003.

1.2. Autora:

Torres Ríos, Elizabeth

1.3. Asesor(a):

Dr. FEDERICO SOLIDORO CISNEROS

1.4. Institución

Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

1.5. Duración:

Periodo de Enero del 2003 a Diciembre del 2003

1.6. Palabras claves:

Desprendimiento Prematuro de Placenta, Abrupto Placentae, factores de riesgo asociados al DPP



CAPITULO II

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Caracterización del Problema

El Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) es una de las Hemorragias del Tercer Trimestre que condiciona morbilidad materna y perinatal ⁽¹⁵⁾; la morbilidad materna se debe fundamentalmente a la magnitud de la hemorragia y a las complicaciones derivadas de ella, así también los procedimientos quirúrgicos destinados a su control ^(15, 27, 39), en tanto la morbilidad perinatal es dependiente de la prematuridad y de la asfixia del recién nacido.

El Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) constituye el 31% de las Hemorragias del Tercer Trimestre ⁽¹⁶⁾ presentando una incidencia muy variable que oscila de 0.12% a 3% ^(12,13,15,16,19) a nivel mundial, cifras encontradas en numerosos estudios; a nivel nacional estas cifras varían de 0.2% a 2% ^(1,5,13,28) lo cual concuerda con datos estadísticos obtenidos en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé que arroja una incidencia de 0.45% ^(14,53) y en el Instituto Especializado Materno Perinatal la incidencia es del 1% ^(7,17,23); algunas literaturas refieren que los Desprendimiento Prematuro de Placenta suficientemente extensos como para matar al feto se dan en el 0.11% - 1.29% ^(22,28) mientras que las mujeres que han tenido previamente esta complicación la tasa de recidiva es del 10% ^(22,25) y en caso de presentarse en dos embarazos consecutivos con Desprendimiento Prematuro de Placenta la incidencia aumenta al 25% ^(1,14,22,28) por lo que muchas veces se recomienda terminar prematuramente el embarazo debido al riesgo de recidiva pero no hay suficiente evidencia que apoye esto. La tasa de mortalidad materna en el Desprendimiento Prematuro de Placenta se encuentra entre 0.5% y 5% ⁽¹⁵⁾ dependiendo de la precocidad con que se haga el diagnóstico, la mortalidad fetal oscila



entre 50% a 80%, la perinatal entre 20% y el 40% y los que sobreviven tienen un 40% a 50% de enfermedad neonatal ^(15,28).

2.2. Formulación del Problema.

¿Cuáles son los Factores de riesgo asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de Enero del 2003 a Diciembre del 2003.

2.3. Justificación e Importancia del Problema

La hemorragia vaginal en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación tanto para la paciente como para su médico tratante; sin embargo las hemorragias del tercer trimestre (HTT) son consideradas las mas importantes debido a que en el Tercer Trimestre los dos pacientes tanto la madre como el feto se involucran en un alto Riesgo que puede resultar en una gran morbilidad y hasta en la muerte de uno de los dos. En la mayoría de los casos de hemorragia vaginal grave es rara antes de las 24 semanas, en tanto, las posibilidades de supervivencia fetal en el Tercer Trimestre son realmente significativas, por lo que actualmente en centros especializados a un neonato de 26 semanas se le atribuye un 75% de posibilidades de supervivencia ⁽¹⁾, las dos causas mas frecuentes están relacionadas con la placenta como son El Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) y la Placenta Previa (PP).

Con lo expuesto se ve que el Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) es una de las principales causas de Hemorragia sobre todo en el Tercer Trimestre, constituyendo esta patología un accidente agudo de la gestación en el cual la placenta se desprende total o parcialmente de su lugar de implantación antes del alumbramiento provocando un síndrome hemorrágico cuyas consecuencias para la madre varia desde la formación de un simple coagulo retroplacentario hasta la aparición de cuadros de gran severidad que ponen en peligro la vida de la gestante, por tal motivo el presente trabajo de investigación identificara los factores de riesgo asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP), datos importantes en la detección y prevención oportuna



de dicha entidad que nos ayudara a mejorar la calidad de vida de la gestante y del producto, reduciendo en cierta medida la morbilidad materna y perinatal, lo cual se lograría si se trabajara con mayor énfasis en lo Preventivo Promocional sobre todo en el primer nivel de atención pudiendo identificar oportunamente los Factores de Riesgo en la población gestante.

2.4. Objetivos de la Investigación

a) Objetivo General

- ✓ Determinar los Factores de Riesgo asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de Enero del 2003 a Diciembre del 2003.

b) Objetivos Específicos

- Determinar la tasa de Incidencia del Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Establecer la asociación entre el Desprendimiento Prematuro de Placenta y los factores de riesgo.
- Conocer las principales patologías maternas asociadas al Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Conocer la asociación entre el Desprendimiento Prematuro de Placenta y la Anemia Materna.

2.5. MARCO TEORICO

2.5.1. Antecedentes y Bases Teóricas

El Desprendimiento Prematuro de Placenta es un accidente propio del tercer trimestre de embarazo en donde la placenta se desprende total o parcialmente de su lugar de implantación antes del alumbramiento⁽



1,2,3,4,5,7,8,9,13,15,17,19,21,22,23,24,27,28,32,53), si se produce precozmente quizá sea causa de aborto, pero el síndrome en sus formas graves solo aparece después de las 28 semanas de gestación, sobre todo hacia las 36 a 38 semanas. La incidencia es muy variable oscilando entre 0.12% a 3%^(2,48), esta gran diferencia de reportes depende del criterio usado para el diagnóstico y de los patrones de referencia que se utilicen para remisión de pacientes de alto riesgo obstétrico⁽¹⁶⁾; en centros perinatales de países desarrollados como por ejemplo Memphis(Tennessee) 1 de cada 89 partos (Abdeila y cols 1984), en Dallas 1 de cada 86 partos (Brekken y cols 1967), en Cincinnati 1 de cada 77 partos (Hurdd y cols 1983). En nuestro medio la incidencia también es variable, dándose una incidencia de 0.45% en el Hospital Docente Madre – Niño “San Bartolomé”⁽¹⁴⁾, mientras que en el Instituto Especializado Materno Perinatal (Ex Maternidad de Lima) reporta una incidencia del 1% de los partos^(7,10,17) lo cual concuerda con la mayoría de estudios realizados hasta el momento.

La hemorragia del sitio placentario es llamada externa o revelada cuando deseca en plano profundo a las membranas y llega al exterior presentándose en el 80% de los casos habitualmente la separación es parcial, siendo las complicaciones maternas menos frecuentes y severas y la prematuridad el principal riesgo Perinatal; en tanto la hemorragia oculta es aquella que permanece atrapada, produciéndose en el 20% de los Desprendimientos esta forma es la mas grave ya que frecuentemente el diagnóstico y el tratamiento es tardío, por lo que el tipo de Desprendimiento Placentario es completo, se acompaña en la mayoría de casos con óbito fetal y las complicaciones maternas como la coagulopatías de consumo son mas severas.^(3,15,16,19). La causa primaria del Desprendimiento Prematuro De Placenta aun continua desconocida, sin embargo se mencionan varios mecanismos como probables causantes de esta patología, entre ellos están, la ruptura vascular en la decidua basal que lleva a la formación de un hematoma originado por un trauma vascular; la ruptura de estos vasos puede llevar a lesionar otros vasos cercanos y producir mas lesión, retroalimentándose el mecanismo de lesión, así también se refiere que el aumento brusco de la presión venosa uterina que se transmite al espacio ínter vellosa puede ser una causa de



Desprendimiento Prematuro De Placenta ⁽²²⁾; sin embargo, existen factores de riesgo asociadas a esta patología, que cuando están presentes aumentan la posibilidad que la gestante tenga Desprendimiento Prematuro de Placenta, entre ellas tenemos:

- Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (HIG)**
 (1,2,3,4,5,7,8,9,10,12,14,15,16,17,18,22,26,27,29,32,35,36,43,46,47,48,50,54), es sin duda el trastorno mas asociado al Desprendimiento Prematuro De Placenta , como lo señala el Dr. Illia en su estudio de Evolución del Embarazo y resultados peri-natales en pacientes con Desprendimiento Placentario donde halla un claro predominio de la Hipertensión Gestacional (previa o no) asociada a Desprendimiento Prematuro De Placenta , (43.24% DPP vs 6.84% PG) ⁽⁴⁹⁾ . De las pacientes con preeclampsia que desarrollaron Desprendimiento Prematuro De Placenta, 13.9% tienen Desprendimiento Prematuro De Placenta leve, 25.7% moderado, 52.1% un Desprendimiento Prematuro De Placenta severo, debido a esta asociación es posible que el Desprendimiento Prematuro De Placenta sea un posible predictor de enfermedad vascular: por tanto, un cuidadoso examen en busca de hipertensión materna, esta indicado en la paciente que muestra un sangrado genital durante el tercer trimestre, así sea leve y en ausencia de placenta previa ⁽¹⁷⁾ .
- Antecedente de Desprendimiento Prematuro De Placenta:** El riesgo aproximado de recidiva es del 10% para los pacientes con antecedentes de un Desprendimiento Prematuro De Placenta, incrementándose hasta el 25% cuando la paciente ha tenido dos o mas Desprendimiento Prematuro De Placenta. ^(1,14,16,28,29,33)
- El Trauma externo:** puede ser una causa de Desprendimiento Prematuro De Placenta, hallándose especialmente cuando la placenta tiene una inserción anterior y aunque el grado de severidad del trauma esta directamente relacionado, el Desprendimiento Prematuro De Placenta puede presentarse con traumas relativamente leves que inclusive no causen ninguna otra lesión en la madre. Estos traumas pueden resultar de accidentes automovilísticos (60%), caídas (26%) o golpes directos abdominales ^(1,2,3,4,5,8,11,14,15,16,17,20,28,33,39,43,54)



- **Edad materna**, clásicamente se ha estimado que el riesgo a desarrollarse Desprendimiento Prematuro De Placenta aumenta con la edad materna, especialmente en las mayores de 35 años; sin embargo en un estudio efectuado en 123.000 embarazadas esta asociación no fue significativa ^(1,3,14,16,20,29,36,49)
- **Paridad**: la gran multiparidad es otro factor de riesgo descrito clásicamente. Sin embargo en ellas, el antecedente de Desprendimiento Prematuro De Placenta le confiere un importante sesgo estadístico ^(1,35,36,23,49,16,29)
- **Nutrición**, fueron Hibbard y Hibbard los primeros en referirse a la posibilidad que un déficit de Ácido Fólico en la alimentación de la embarazada pudiera ocasionar un Desprendimiento Prematuro De Placenta , parece ser que el Ácido Fólico podría ser esencial para el desarrollo embrionario en los primeros meses de embarazo y quizá fuera importante en la creación de una sólida unión entre decidua y vellosidades coriales. Numerosos autores se han ocupado del tema con resultados contradictorios ^(1,2,4,7,14,15,16,17,33,53)
- **El tabaquismo**: ha sido vinculado con un mayor riesgo de Desprendimiento Prematuro De Placenta en el Collaborative Perinatal Project, de acuerdo con Voigt y Col (1990) el tabaquismo causa aproximadamente el 40% de los casos de Desprendimiento Prematuro De Placenta. El riesgo relativo para los fumadores encontrado en varios estudios es de 1.4; los que defienden esta etiología sostienen que los pacientes que fuman mas de 10 cigarrillos por día, pueden presentar necrosis decidual, como causa de Desprendimiento Prematuro De Placenta severa; así mismo se ha documentado un aumento en el espacio intervilloso y una disminución en el flujo sanguíneo placentario. ^(1,2,3,14,16,17,28,29,33)
- **Drogas**: El reporte de casos de Desprendimiento Prematuro De Placenta relacionados con el **consumo de cocaína**, y de otras sustancias como el crack, han ido en incremento en los últimos años. El riesgo relativo en consumo de cocaína no



ha sido establecido. Chasnoff reporta una incidencia de 17% relacionando el daño en los pequeños vasos causado por las propiedades vaso activas de la cocaína con el inicio del proceso que culminara con un Desprendimiento Prematuro De Placenta (2,3,14,16,17,28,29,42)

- **La Ruptura Prematura De Membranas:** en un meta-analisis de 54 estudios Ananth y Col (1996) hallaron un riesgo tres veces mayor de Desprendimiento Prematuro De Placenta en caso de Rotura Prematura De Las Membranas. Es los casos de sobredistención uterina como acontece en el Embrazo Gemelar o en el Polihidramnios la desconpresión intrauterina producida por la rotura artificial de las membranas, puede causar desprendimiento placentario por reducción brusca de la superficie de inserción de la placenta (2,3,4,7,8,14,15,16,23,28,33,49,53)
- **El Cordón Umbilical Corto, Las Anomalias Uterinas, La Oclusion De La Vena Cava Inferior** no tienen una importancia significativa como factores etiológicos (1,3,14,23)

Los signos y síntomas que se presentan en el Desprendimiento Prematuro De Placenta pueden variar considerablemente. Sin embargo la severidad de Desprendimiento Prematuro De Placenta se clasifica de acuerdo a los signos y síntomas y al desarrollo de la coagulopatía: los principales síntomas que se pueden presentar son:

- **Hemorragia uterina** 78%, es un signo central de Desprendimiento Prematuro De Placenta; esta hemorragia puede quedar retenida en el interior del útero o puede fluir al exterior a través de los genitales; lo mas frecuente es que ambos tipos de hemorragia coexistan. Para que se produzca la hemorragia externa (80%) es necesario que la sangre intente salir al exterior despegando las membranas, esta hemorragia externa a veces fluye como sangre roja o negruzca, en pequeñas cantidades, casi de modo continuo; otras veces salen al exterior coágulos continuos sanguíneos, no es raro que lo hagan bruscamente y en gran cantidad; la hemorragia interna (20%) puede ser muy grande, aunque a veces solo hay un coagulo



retroplacentario y en otras ocasiones las membranas son despejadas pero la sangre no sale al exterior porque se lo impide la presentación fetal (1,2,3,4,5,7,8,9,10,14,15,17,18,21,24,27,29)

- **El dolor abdominal**, se presenta en un 50% de los casos, aunque a veces puede ser leve o intermitente, por lo cual, se podría confundir con un trabajo de parto prematuro. El dolor puede ser severo o continuo parecido al de una peritonitis aguda; muy pocas veces el dolor se presenta como único síntoma y con frecuencia es el resultado de un hematoma retroplacentario, algunos autores afirman que en casos de Desprendimiento Prematuro De Placenta sobre todo en placentas de inserción posterior, el dolor no es un síntoma prominente; en estos casos el dolor puede ser leve en la región lumbosacra, lo cual podría ser un signo diagnostico importante, especialmente en ausencia de sangrado vaginal (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29).
- **Las contracciones uterinas** están presentes en las mayorías de los casos aunque su identificación clínica es difícil, estas tienden a aumentar tanto en la frecuencia como en la duración y casi siempre están asociadas aun aumento en el tono uterino, mientras mas severo es El Desprendimiento Prematuro De Placenta , mas intensas son las contracciones. La causa de este aumento en la actividad uterina en presencia de Desprendimiento Prematuro De Placenta se desconoce; sin embargo, algunos autores sugieren que es el desprendimiento repentino de la placenta , disminuye el efecto inhibitorio de la progesterona, produciendo así un incremento en el tono y contractilidad uterina (1,3,4,5,7,8,9,10,14,15,17,18,23) . En una revisión de casos clínicos del Groote Schur Hospital de ciudad de el Cabo, Sudáfrica, Sher, propone el siguiente sistema de gradación clínica para el Desprendimiento Prematuro De Placenta .
 - **Grado I** , Corresponde a los casos en los que el diagnostico de Desprendimiento Prematuro De Placenta se hace en forma retrospectiva; estos pacientes suelen presentar hematomas retroplacentarios de aproximadamente 150ml , que en ninguno de los casos supera los 500ml de



volumen . Este grado de desprendimiento no supone riesgo alguno para el feto, que suele tener una buena supervivencia.

- **El Grado II** , Corresponde a los casos en los que la hemorragia anteparto va acompañado de los clásicos signos de Desprendimiento Prematuro De Placenta y el feto esta vivo, el volumen de hematoma retroplacentario en estos pacientes es de 150 – 500ml, superando en el 27% de casos a 500ml; el 92% de estos pacientes presentan alteraciones de el patrón de la frecuencia cardiaca fetal y la mortalidad perinatal es elevada, sobre todo si el parto es vaginal; según parece, la presencia de rigidez uterina palpable supone un factor de alto riesgo para el feto
- **El Grado III** , Corresponde a los casos en que se dan las circunstancias del grado II, pero en lo que se confirma además muerte fetal ; puede subdividirse en dos categorías , dependiendo de la presencia (1) o ausencia (2) de coagulopatía. Casi todos los casos de muerte materna se producen entre los pacientes con un grado II de desprendimiento; en estos pacientes es necesario un control meticoloso del sistema cardiovascular y de la función renal para asegurar la supervivencia materna ^(1,14,16).

La morbilidad materna deriva de la hemorragia y de sus complicaciones como:

- **Coagulopatía intravascular diseminada** se presenta en el 15% de los pacientes casi siempre esta relacionadas con desprendimientos que comprometen mas del 50% de la superficie de inserción placentaria y con feto muerto; los mecanismos principales en la inducción de la coagulación intravascular diseminada por paso de sustancias tromboticas a la circulación y el consumo de fibrinogeno y otros factores de la coagulación en el coagulo retroplacentario. Una consecuencia importante de la coagulación intravascular es la activación del sistema de fibrinolisis elevándose significativamente los productos de degradación del fibrinogeno.



- **Shock hipovolemico**, producido por la hemorragia masiva que puede ser visible exteriormente
- **Insuficiencia renal aguda**, es poco frecuente en los desprendimientos placentarias menores, se presenta con mayor frecuencia en los desprendimientos severos especialmente cuando hay tardanza en la corrección de la hipovolemia o esta se ha corregido solo parcialmente
- **Hemorragia post parto**, es dos veces mas frecuente en el Desprendimiento Prematuro De Placenta que en la población obstétrica general; si se agrega Coagulopatía su incidencia se eleva 7 veces (Cobo 1992) la causa de esta complicación es atribuible al agotamiento contráctil de la fibra muscular como consecuencia de la polisistolia y de la tetania uterina; o bien a la infiltración extensa de sangre entre las fibras musculares, lo que puede alcanzar a la serosa uterina proporcionándole un aspecto violáceo a la superficie del utero.
- **Síndrome de Sheehan**, a consecuencia de la hipotensión prolongada a la trombosis o por los espasmos de la circulación portal hipofisiaria, como cambien por efecto de la coagulación intravascular diseminada, si puede producir una necrosis isquémica de la hipófisis. El signo inicial es la agalactia que se evidencia en el puerperio inmediato.
- **Apoplejía útero placentaria o útero de couvelaire**, debido a que la sangre infiltra el miometrio, lo cual impide la contracción uterina; también puede coaccionar infiltración de las trompas, ovarios y ligamentos anchos.
- **Embolia del liquido amniotico**, complicación catastrófica e imprescindible que agrava el cuadro y es también causa de muerte materna, el liquido penetra los senos venosos produciendo shock anafiláctico.



El tratamiento de Desprendimiento Prematuro De Placenta variara de acuerdo con la edad gestacional y la condición de la madre y el feto. Ante el desarrollo de una hemorragia externa masiva la reanimación extensiva con sangre mas solución electrolítica, el parto y el alumbramiento rápidos para tratar de controlar la hemorragia son potencialmente vitales para la madre y es de esperar, para el feto.

En el caso de una hemorragia que se desarrolle mucha mas lenta el manejo dependerá en forma considerable del estado fetal. Si el feto esta vivo y no presenta evidencias de compromiso y si la hemorragia materna no esta causando hipovolemia o anemias severas, puede recurrirse a la observación muy atenta, junto con la disponibilidad para una intervención inmediata, es probable que esto resulte mas beneficiario cuando el feto es inmaduro.



CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio

Es un estudio retrospectivo comparativo de casos y controles.

3.2. Población

- ✓ **Casos:** Pacientes cuyos partos hayan sido atendidos durante el periodo de Enero del 2003 a Diciembre del 2003 con diagnostico de Desprendimiento Prematuro de Placenta en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- ✓ **Controles:** Pacientes cuyos partos hayan sido atendidos ha continuación de cada caso de Desprendimiento Prematuro de Placenta, que no presentan evidencia clínica de dicha patología

✓ 3.3. Muestra

3.3.1. Unidad de Análisis

Gestantes cuyos partos hayan sido atendidos en los meses de Enero del 2003 a Diciembre del 2003 con diagnostico de Desprendimiento Prematuro de Placenta en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

3.3.2. Tamaño de la muestra

Gestantes con o sin control prenatal cuyos partos hayan sido atendidas en los meses de Enero del 2003 a Diciembre del 2003 con diagnostico de Desprendimiento Prematuro de Placenta en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza



3.3.3. Tipo de Muestreo

- ✓ **Casos:** se incluirá a todas las pacientes cuyo diagnostico principal fue Desprendimiento Prematuro de Placenta y cumplan los criterios de inclusión.
- ✓ **Control:** Se eligió a las dos parturientas asistidas a continuación de cada caso de Desprendimiento Prematuro de Placenta

3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión.

3.3.4.1. Criterios de Inclusión

- **Casos:** todas las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre Enero del 2003 a Diciembre del 2003 con diagnostico de Desprendimiento Prematuro de Placenta .
- **Controles:** Pacientes en las cuales no hay diagnostico de Desprendimiento Prematuro de Placenta.

3.3.4.2. Criterios de Exclusión

- ✓ **Casos:** Pacientes con historia clínica incompleta o sin diagnostico preciso.
- ✓ **Control:** pacientes en las cuales hubiese antecedente de episodio de sangrado sin diagnostico definitivo, en estos casos se tomaran las siguientes pacientes elegibles.



3.4. Variables e Indicadores de Estudio

ESQUEMA –TABLA-IDENTIFICACION Y MEDICION DE VARIABLES.

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	VARIABLES DE MEDICION
VARIABLE DEPENDIENTE: DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA			
Desprendimiento prematuro de placenta	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica P/A	Nominal	N, %
VARIABLES INDEPENDIENTES			
EDAD MATERNA	Variable Numérica: Cuantitativa Continua	De Razón	N, X, DE
PRESENCIA DE HIG	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica P/A	Nominal	N, %
PARIDAD	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica	Nominal	N, %
PRESENCIA DE ANEMIA	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica P/A	Nominal	N, %



VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	VARIABLES DE MEDICION
ANTECEDENTE DE DPP	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica P/A	Nominal	N, %
CONTROL PRENATAL	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica	Nominal	N, %
TRAUMATISMO ABDOMINAL	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica P/A	Nominal	N, %
PATOLOGIA MATERNA <ul style="list-style-type: none"> • Presentacion podalica • Amenaza de parto pretermino • Polihidramnios • RPM • Miomatosis uterina • Otros 	Variable Categorica: cualitativa. Politomica P/A	Nominal	N, %
VARIABLES INTERVINIENTES			
ESTADO CIVIL <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Otros 	Variable categórica: Cualitativa. Politomica	Nominal	N, %



VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	VARIABLES DE MEDICION
OCUPACION	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica	Nominal	N, %
GRADO DE INSTRUCCIÓN <ul style="list-style-type: none">AnalfabetaPrimariaSecundariaSuperior	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica P/A	Nominal	N, %
CONSUMO DE TABACO	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica	Nominal	N, %
CONSUMO DE DROGAS	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica	Nominal	N, %
TIPO DE PARTO	Variable categórica: Cualitativa. Dicotomica	Nominal	N, %



CAPITULO IV

4. RESULTADOS

En el periodo de Enero del 2003 a Diciembre del 2003 hubieron en total de 3407 nacimientos, ocurriendo 51 Desprendimientos Prematuros de Placenta, obteniéndose una incidencia de 1.49%. La muestra estuvo constituida por 51 casos y el grupo control comprendió a 102 parturientas (cuadro N° 1)

Cuadro N° 1
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Incidencia
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

PERIODO	N° CASOS	N° CONTROLES	N° DE NACIMIENTOS
ENERO 2003- DICIEMBRE 2003	51	102	3407

FUENTE: Departamento de Estadística de HNAL

Existe una tendencia significativa que a mayor edad materna, mayor incidencia de DPP al comparar los riesgos relativos de los distintos grupos etareos($p=0.001$). Habiendo una mayor diferencia a partir de los 35 años (25.49% vs 11.76%) (Cuadro N 2)

Cuadro N° 2
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Edad(años)
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Edad(años)	CASOS		CONTROL	
	N°	%	N°	%
Menor E Igual De 19 Años	05	9.80	04	3.92
20 -24 Años	11	21.57	42	41.18
25 – 29 Años	10	19.61	28	27.45
30 – 34 Años	12	23.53	16	15.69
Mayor E Igual A 35 Años	13	25.49	12	11.76
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL



Así también en el cuadro N° 3 vemos que existe un mayor predominio de DPP de estado civil conviviente vs las casadas (66.67% vs 11.76%)($p=0.001$)

Cuadro N° 3
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Estado Civil
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Estado Civil	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Soltera	11	21.57	29	28.43
Casada	06	11.76	21	20.59
Conviviente	34	66.67	52	50.98
TOTAL	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

En cuanto al grado de instrucción la mayor parte de la población tanto de los casos como de los controles cursó el nivel secundario, no existiendo diferencia significativa

Cuadro N° 4
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Grado De Instrucción
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Grado De Instrucción	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	01	1.96	04	3.92
Primaria	03	5.88	14	13.73
Secundaria	28	54.90	43	42.16
Superior Técnica	11	21.57	30	29.41
Superior Universitaria	08	15.69	11	10.78
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL



Las mujeres con algún tipo de trabajo tienen una exposición del 35.29% a presentar dicha patología.(cuadro N 5)

Cuadro N° 5
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Ocupación
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Ocupación	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Con Trabajo	18	35.29	33	32.35
Sin Trabajo	33	64.71	69	67.65
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

EN EL cuadro N 6, se discrimina la paridad de las pacientes analizadas, donde se puede observar un predominio de multiparidad en las pacientes con DPP (62.75%) (Chi cuadrado $p < 0.01$)

Cuadro N° 6
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Paridad
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Paridad	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Primipara	19	37.25	67	65.69
Multipara	32	62.75	35	34.31
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

También existe una tendencia significativa que a menor edad gestacional mayor incidencia de DPP($p = 0.001$) describiéndose una mayor diferencia a menor de 36 sem.(54.90% vs 24.51%)



Cuadro N° 7
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Edad Gestacional
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Edad Gestacional	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Menor 20 semanas	00	00	00	00
21 – 27semanas	04	7.84	00	00
28 – 36 semanas	28	54.90	25	24.51
37 – 42 semanas	19	37.25	73	71.57
Mayor 42 semanas	00	00.00	04	3.92
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

En el cuadro N 8 se observa que las pacientes que tienen DPP, tienen mayor riesgo de desencadenar nuevamente un DPP que aquellas pacientes del grupo control (29.41% vs 4.9%)

Cuadro N° 8
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Antecedente de DPP
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Antecedente de DPP	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Con Antecedente	15	29.41	0.5	4.90
Sin Antecedente	36	70.59	97	95.10
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

Una falta de CPN y un control pre natal inadecuado se relaciono un mayor riesgo de presentar un DPP, a diferencia de aquellas que tuvieron un CPN adecuado(66.66% vs 33.34%)



Cuadro N° 9
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Control Prenatal
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Control Prenatal	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Sin CPN	06	11.76	12	11.76
CPN Inadecuado	28	54.90	47	46.08
CPN Adecuado	17	33.34	43	42.16
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

El cuadro N 10 nos muestra que aquellas pacientes que padecen Anemia tienen mayor riesgo a desarrollar un DPP en comparación con aquellas que no cursan con Anemia (80.39% vs 19.61%)

Cuadro N° 10
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Presencia de Anemia
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Presencia de Anemia	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Con Anemia	41	80.39	87	85.29
Sin Anemia	10	19.61	15	14.71
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

En el cuadro N 11 se aprecia a aquellas pacientes que sufrieron un traumatismo abdominal, las cuales representan el 11.76%



Cuadro N° 11
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Traumatismo Abdominal
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Traumatismo Abdominal	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Con Traumatismo	06	11.76	00	00
Sin Traumatismo	45	88.24	102	100.00
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

En el cuadro N 12 resulto significativo la asociación de HIG a DPP (66.67% VS 25.49%)

Cuadro N° 12
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Hipertensión Inducida Por El Embarazo
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Hipertensión Inducida Por El Embarazo	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Con HIG	34	66.67	26	25.49
Sin HIG	17	33.33	76	74.51
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

En el cuadro N 13 se estudian las patologías maternas asociadas al embarazo actual. Se presentan porcentajes similares entre los grupos estudiados de pacientes con patología del embarazo actual 29.41% vs 37.25% del grupo control y sin patología 70.59% DPP vs 62.75%. Sin embargo en el análisis particular de las patologías asociadas, observamos que la presentación podálica constituye un mayor riesgo 7.84% DPP vs 1.96% del grupo control.



Cuadro N° 13
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Patología Materna
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Patología Materna	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Presentación Podálica	04	7.84	02	1.96
Amenaza De Parto Pret Termino	02	3.93	02	1.96
Ruptura Prematura DE Membranas	04	7.84	29	28.43
Miomatosis Uterina	01	1.96	00	00.00
Embarazo Gemelar	04	7.84	05	4.90
Sin Patologia	36	70.59	64	62.75
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

En el cuadro N 14 se aprecia un mayor predominio de DPP en pacientes fumadoras con respecto al grupo control (5.88% vs 0.98%)

Cuadro N° 14
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Consumo de Tabaco
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Consumo de Tabaco	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
FUMA	03	5.88	01	0.98
NO FUMA	48	94.12	101	99.02
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

En cuanto al consumo de drogas no se encontró una diferencia significativa en las pacientes con DPP con respecto a las del grupo control (1.96% vs 1.96%)



Cuadro N° 15
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Consumo de Drogas
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Consumo de Drogas	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Consume Drogas	01	1.96	02	1.96
NO Consume Drogas	50	98.04	100	98.04
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL

Con respecto a la forma de terminación del embarazo, el cuadro N 16 permite observar que el nacimiento fue espontáneo en el 15.69% de DPP vs 79.41% en el grupo control. Y la finalización quirúrgica del embarazo ocurrió en 84.31% en DPP vs 20.59 % del grupo control.

Cuadro N° 16
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Tipo de Parto
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Tipo de Parto	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
VAGINAL	08	15.69	81	79.41
CESAREA	43	84.31	21	20.59
Total	51	100.00	102	100.00

FUENTE: Historia Clínica HNAL



CAPITULO V

5. DISCUSION

En nuestro estudio el Desprendimiento Prematuro de Placenta se comporta como una patología de alto riesgo obstétrico que compromete seriamente la salud de la madre y del feto. La incidencia encontrada es de 1.49% que concuerda con el promedio de incidencia hallados en otros estudios que oscilan entre 0.25% a 3% ^(30,32), esta gran diferencia de reportes depende del criterio utilizado para el diagnostico y de los patrones de referencia que se utilicen para la remisión de pacientes de alto riesgo obstétrico.

Existen publicaciones contradictorias con relación a la importancia de la edad materna como factor de riesgo, pero la tendencia hacia la edad avanzada es estadísticamente significativo.

Es de notar que en aquellas pacientes con DPP el estado civil y el grado de instrucción no resultan ser significativamente factores de riesgo. Así también la ocupación de la gestante tampoco resulto ser estadísticamente significativo como factor de riesgo.

Numerosas publicaciones destacan a la multiparidad como factor de riesgo de DPP, en nuestro estudio se pudo ratificar dichas publicaciones debido a que dicha asociación resulto ser estadísticamente significativo.

Existe una tendencia significativa que a menor edad gestacional mayor riesgo a desencadenar un DPP. Además la presencia de DPP en un embarazo anterior al actual, predispone a la mujer a desarrollar nuevamente un DPP frente a las pacientes del grupo control.



Se ha relacionado el bajo número de visitas antenatales con el riesgo de DPP, en el presente estudio solo el 33.34% tuvo un adecuado control Pre natal, resultado congruente con la bibliografía y que es estadísticamente significativa; constituyendo un factor de riesgo previsible.

Hay una tendencia de riesgo entre aquellas pacientes que cursan con Anemia durante el embarazo actual a desarrollar DPP en comparación con las que no cursan con Anemia, pero ello no resulta ser estadísticamente significativo comparado con el grupo control, y de acuerdo a los estudios realizados la mayor parte de la población gestante desarrolla Anemia en su embarazo, siendo ella un factor de riesgo para diversas patologías.

Se halló que existe un riesgo estadísticamente significativo a desarrollar un DPP, en aquellas pacientes que son expuestas a un traumatismo abdominal. El DPP puede presentarse con traumas relativamente leves que inclusive no causen ninguna otra lesión en la madre. Estos traumas pueden resultar de accidentes automovilísticos, caídas o golpes directos abdominales. Sin embargo otros autores han encontrado una baja asociación de DPP a traumatismos, nosotros encontramos una incidencia alta con traumatismo; no pudiendo establecer una relación estadística, debido a que en el grupo control no tuvo ningún caso de Traumatismo.

Muchas son las patologías relacionadas al DPP durante la gestación y el parto, pero es la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, la que mayor sustento tiene en la revisión bibliográfica, en este estudio también resulta ser la mas frecuente; presente en el 66.67% de los casos, hallazgo que resulta ser estadísticamente significativo. Esto puede ser causado por pre eclampsia, eclampsia u otras condiciones. Siendo aproximadamente el 50% de los casos de DPP lo suficientemente severos como para causar muerte al feto están asociados con Hipertensión.



De igual modo, los embarazos con Rotura Prematura de Membranas manejados expectantemente representa un riesgo significativo a desencadenar un DPP, y el riesgo se incrementa cuando la rotura es prolongada, en nuestro estudio ocurrió en menor frecuencia que en los controles. A diferencia de la Presentación Podalica y el Embarazo Gemelar que presentan una asociación estadísticamente significativa con respecto al grupo control.

También existe controversia en cuanto al papel que juega el tabaquismo como factor de riesgo de DPP; el riesgo relativo para las fumadoras encontrado en varios estudios es de 1.4; los que defienden esta etiología, sostienen que las pacientes que fuman más de 10 cigarrillos por día, pueden presentar necrosis decidual, así mismo se ha documentado un aumento en el espacio intervelloso y una disminución en el flujo sanguíneo placentario. En nuestro estudio se halló un mayor riesgo de cursar con DPP en aquellas mujeres fumadoras en comparación con las del grupo control.

El riesgo relativo en el consumo de drogas no ha sido aun establecido y en nuestro estudio no existe una diferencia significativa a desarrollar DPP en los casos en comparación con las del grupo control.

La culminación del embarazo por vía quirúrgica resulta estadísticamente significativa en comparación con las del grupo control.



CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES

El presente estudio es una revisión retrospectiva de pacientes asistidas durante el año del 2003 y además se analiza una patología de urgencia. Todos estos elementos podrían constituir un sesgo en la información obtenida.

No se pensó que se incluyera información tergiversada por sesgo por la razón de que nuestras observaciones coinciden totalmente con la bibliografía consultada; si bien cierto margen de error es inherente a la revisión retrospectiva, además de obtener información sobre características y resultados del embarazo en pacientes afectadas con DPP que ya han sido analizadas, este estudio abre una interesante interrogante a nuestro juicio acerca de poner mayor énfasis en los Factores de Riesgo, que fácilmente son el la mayoría de los casos previsibles.

Debido a la alta tasa de mortalidad materna – perinatal y existiendo pocos estudios en nuestro medio, es importante tener muy en claro la frecuencia y los Factores de Riesgo materno Perinatales asociados a esta patología en nuestra sociedad.



CAPITULO VII

7. RECOMENDACIONES

- Debido a que la hemorragia vaginal puede presentarse en cualquier momento del embarazo, sobre todo en el tercer trimestre; el equipo de salud debe estar debidamente preparado, para poder prevenir, diagnosticar y dar un tratamiento adecuado y oportuno a aquella paciente que presenta dicha patología, debido que en estos casos se compromete tanto la vida de la madre como la del feto.
- El equipo de salud debe estar capacitado en reconocer los grados de severidad de un Desprendimiento Prematuro de Placenta, con la finalidad de iniciar una terapéutica adecuada y de esa forma lograr disminuir la morbilidad materna y perinatal, que hasta el momento en nuestro medio aun se encuentra muy elevada en comparación con otros países, donde se da mas prioridad al sector salud.
- Los Factores de riesgo presentados en este estudio, nos debe servir para poder prevenir oportunamente dicha patología y estar preparados en el caso de que se instale inesperadamente.



CAPITULO VIII

7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

PRESUPUESTO

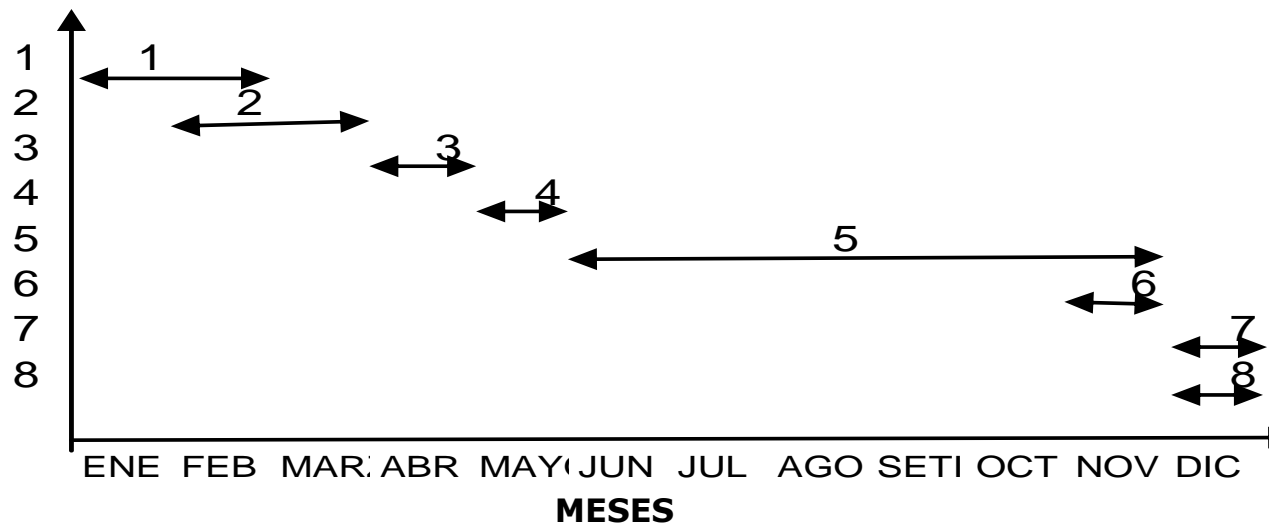
SERVICIOS	COSTO/UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Movilidad	0.80 céntimos	200	16.00 nuevos soles
Fotocopias	0.05 céntimos	500	25.00 nuevos soles
Internet	2 soles/hora	30 hrs	60.00 nuevos soles
Tipeos-Impresiones	0.80 céntimos	70 hojas	56.00 nuevos soles

RECURSOS MATERIALES	COSTO/UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Tiempo en computadora	2 soles/horas	20	40.00 nuevos soles
Lapiceros	0.50 céntimos	4	2.00 nuevos soles
Diskettes	2.00 nuevos soles	5	10.00 nuevos soles



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES



1. Revisión del marco teórico
2. Elaboración del protocolo
3. Revisión y elaboración del instrumento
4. Selección de muestra
5. Recolección de datos
6. Análisis de resultados
7. Informe preliminar
8. Informe final



CAPITULO IX

8. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1 . Arias Fernando, M.D. Hemorragias del Tercer Trimestre. Guia Practica para el Embarazo y Parto de Alto Riesgo. Mosby/Doyma Libros. Segunda Edicion. España.1999. 175 -181
- 2 Usandisaga B. José Antonio, De la Fuente Percy Pedro. Desprendimiento Prematuro de placenta. Obstetricia y Ginecología. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, España 1997: Pág. 287-297.
- 3 Cunningham F. G., Mc Donald Paul. C. , Norman F. Gant, Lavenok , Gilstrap , Hankins, Steven L. Clark. Hemorragia Obstétrica . Williams Obstetricia. Editorial Médica Panamericana. 20 Edición 1998. Pág. 694-702.
- 4 Mongrout Steane Andres, Desprendimiento prematuro de placenta . Tratado de Obstetricia Normal y Patológica Cuarta Edición ; Perú 2000. Pág. 543-550
- 5 Leopoldo Schwarcz R, Duvirges Alberto C. Hemorragias durante el embarazo. Obstetricia- Argentina Quinta edición 1995 . Pág. 152-178.
- 6 MANUAL CTO de Medicina y Cirugia.Desprendimiento Prematuro Placenta. Trecera Edicion. España. 511 – 513
- 7 Ministerio de Salud – Instituto Materno Perinatal , Hemorragia Obstétrica y Repercusión Neonatal. Atención Integral Materno Perinatal. Lima- Perú 2000 Pág. 32 - 36.



- 8** Frederickson Helen L. , Wilkins – Hang Louise. Desprendimiento Prematuro de placenta. Secretos de la Gineco- Obstetricia. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, Segunda Edición México 1997: Pág. 330-332
- 9** Ministerio de Salud – Hemorragia del tercer Trimestre. Emergencias Obstétricas y Neonatales. Modulos de Capacitacion. Lima – Perú 2000. Pág.19-24 ; 137-146.
- 10** Juan C. Alvarado Alva. Manual de Obstetricia. Litografia Gavelan-Hnos. Primera Edición. Lima PERU 1994
- 11** .Ministerio de Salud. MINSA. Manejo de la Hemorragia Obstetrica después de las 20 semanas. Guías Nacionales de Atención de la Salud Reproductiva. Lima PERU. 1997. 75-96
- 12** Jaime Botero U. Alfonso Jubiz H. Guillermo Henao. Enfoque de riesgo Perinatal. Obstetricia y Ginecología. Quinta Edición. 1997. 141 - 145
- 13** Ministerio de Salud. MINSA. Mortalidad Materna. Análisis de la Situación De Salud Del Perú.1995. Pag. 90-94
- 14** Pacheco Romero J. Ascenso Palacios A, Cancino Izaguirre A. Dias Duaman V, Maradiegue Mendez E, Tang Brigget L. Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo. Ginecología y Obstetricia 1999. Pág.1091-1100.
- 15** Abraham Ludmir Y, René Cervantes B.. Hemorragias del Tercer Trimestre. Ginecología y Obstetricia Prevención Diagnostico y tratamiento 1996 Concytec Pág. 345-354.



- 16** Alfredo Pérez Sánchez. Enrique Donoso Seña. Hemorragias de la segunda mitad de la gestación. Pérez Sánchez – obstetricia. publicaciones técnicas Mediterráneas. Tercera edición. Santiago. Chile 2000. 581-593.
- 17** Rodrigo Si fuentes B. Hemorragias del tercer trimestre de la gestación obstetricia de alto riesgo. cuarta edición. Colombia 1997. 569-584.
- 18** Cuerpo medico – Instituto Materno Perinatal. hemorragia en gestación mayor de 22 semanas. emergencias obstetricias y neonatales. editora médica acción certifica. Lima – Perú 2001. 105 – 110.
- 19** José M. Carrera Macia Y Cal. desprendimiento prematuro de placenta. protocolos de obstetricia y medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Tercera edición. Masson, S.A. España 1999. PÁG. 130 – 132.
- 20** James R. Scott. Phillip J. Disaia ‘ Charles B. Nammond. William N. Spelleay. hemorragia del embarazo avanzado. tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. sexta edición. editorial Interamericana. Mo Graw Hill. 1995 Pág. 581 – 598.
- 21** Martín L. Pemoll. Ralph C. Benson. hemorragia del tercer trimestre. diagnósticos y tratamientos, ginecoobstetricos. quinta edición. editorial manual moderno S.A. de c.v. México D.F. 1989 Pág. 423 – 434.
- 22** Ronald R. Caplan M.D. hemorragia del tercer trimestre. fundamentos de obstetricia. editorial Linusa. México. Pág. 295 – 299.
- 23** Ministerio de Salud Minsa. desprendimiento prematuro de placenta. procedimientos y protocolos de atencion en salud de la mujer. Lima – Perú 1999.
- 24** Instituto Materno Perinatal – Ministerio de Salud. Desprendimiento Prematuro de Placenta. Normas y Procedimientos en la atención Obstétrica. 1995



- 25** Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Desprendimiento Prematuro de Placenta. Manual de Normas y Procedimientos en la atención Obstétrica. 1994
- 26** Instituto Materno Perinatal – Ministerio de Salud. hemorragia obstetricia y repercusión neonatal. actualidad materno perinatal – hemorragia obstétrica: principales causa de muerte materna en el país. n°8. septiembre 2000 Pág. 17 – 27.
- 27** Michael R. Foley. Thomas C. Strong. hemorragia obstétrica. cuidados intensivos en obstétrica. editorial médica Panamericana. Buenos Aires – Argentina 1999 Pág. 32 – 49
- 28** Ricardo Gomes M. Mario Carstens R. Hemorragia de la segunda mitad de la gestación y del post parto inmediato. boletín perinatal del centro de diagnostico e investigaciones perinatales (CEDIP) Hospital DR. Sotero Del Rio. Pontificia Universidad Católica de Chile. Volumen 2. año 2002.
- 29** Rodrigo Cifuentes B. Abrupto Placenta ginecologia y obstetricia basada en las evidencias. editorial distribuida. Bogota 2002 Pág. 225 – 229.
- 30** Jorge Alarcon V. Investigación científica. Lima – Perú 2000. 1era Edicion.
- 31** Elia Beatriz Pineda. Eva Luz de Alvarado. Francisca H. de cabales. metodología de la investigación anual para el desarrollo de personal de salud. oficina sanitaria Panamericana, oficina regional de la organización mundial de la salud. 2da. edicion. 1era. reimpresión 1997.
- 32** Robert C. Eliston – William D. Johnson. Principios de bioestadisticas editorial. el manual moderno de s.a. de C.V. Mexico 1990.
- 33** Jean Ricci Goodman. Antepartum Hemorrhage. Maternal Fatal Medicine Chapter 17. pág. 187 – 195.



34 Jesús Hernandez Cabrera. Danile Hernandez Hernandez. Silvia Rendón Garcia. Bárbaro Davica Albuelme. Roberto Suarez Ojeda. gestorragias de la segunda mitad de la gestacion: incidencia y repercucion en la morbimortalidad perinatal y materna (1955 – 96). Revista Cubana de obstetrícia y ginecologia 1999; 25(2): 102 – 107.

35 Marianela Rivas G. José Lopez Gomez. Nancy Mendez D. Cira brazo de Lopez Giovanna Bentivegna. Martha Di Fertizzi. desprendimiento prematuro de placenta en la Maternidad del el Hospital “DR. Adolfo Pince Lara”, Puerto Cabello 1984 – 1993. Revista Ostet. Ginecal Venez. 1999; 59(3).

36 Melchor Fernando Castillo Suyo. Desprendimiento prematuro de placenta: concecuencias materno perinatales hospital nacional Dos de Mayo 1991 – 1996- tesis doctoral.

37 Marianella Alejos Sanchez. hemorragias del tercer trimestre de la gestacion atendidos en el Hospital Santa Rosa de Pueblo Libre de Enero a Diciembre de 1998.

38 Encarnación Molina Dominguez The Injury Severity Score In Pregnant Trauma Patunts: Predicting Placental Abrupton and Fetal Death. J. trauma 2002. Revista Electronica de Medicina Intensiva. Articulo N°565, vol 3, n° 2. Febrero 2002. 946 – 949. C. Remi, <http://remi.unimet.edu>. Febrero 2003.

39 Jaime Corral Maldonado. Conducta en el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada en el servicio de maternidad del Hospital San Juan de Dios.

40 Equipo de Cade V. Ananth; de la Universidad de New Yersey Origina una gestacion más corta la “abruptio” placenta tiene riesgo de parto prematuro. The Journal of the American Medical Association (JAMA). Hospital Mounth SinaI, de New York entre 1986 y 1996 Noviembre 1999.



- 41** <http://docencia.medulchile.cl/pos/ginecolo/pies/027/ts/d009.ht>.
- 42** www.nicotinaweb.info/embarazadas.alp
- 43** Factores de riesgo y morbilidad Materno perinatal en DPD en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Enero 1990-Diciembre 1994.
- 44** www.jagua.cfg.sld.cu/ginecologia/desprendimientoprenat.htm
- 45** Adolfo Pinedo. Luis Orderique. Complicaciones Maternas Perinatales de LA Preeclampsia – Eclampsia. Revista de ginecología y obstetricia Enero 2001, Vol. 47, n° 1.
- 46** Pando S. Palacios J. Moreno J. del Castillo S. Delgado J. Perez I. síndrome de hellp y complicaciones maternas en el HOSPITAL NACIONAL Almenara Isisogen.
- 47** Espejo A. Avila R. La Torre J. Arizala M. Valdivia M. Pando S. Jara T. síndrome de hellp. En Eclampsia en el Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima) de enero – diciembre 2000.
- 48** Avila K. Pando S. Masias L. Torres M. CARDENAS A. GIRALDO S. Eclampsia: Complicaciones materno perinatales de el Instituto Materno perinatal. enero a diciembre del 2000
- 49** Illia R. , Valentin E., De Diego A. , La Barba A, Miranda M, Paez J, Vairo S y Vilchez A. Evolución del Embarazo y Resultados Perinatales en pacientes con Desprendimiento Placentario. Toko – Ginecología Práctica 2000: 59 (3). Pág. 117-123.



50 Cecilia Arana, Abelardo Donayre. síndrome hell atendidos en el HOSPITAL Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNG AI) EN 1999. Revista De Secundaria Y Obstetricia 2000; Vol 46 N° 3 PAG. 222 – 227

51 Jose Tamayo Calderon. Estrategias para diseñar y desarrollar proyectos de investigación en ciencias de la salud – maternal docente para cursos de investigación de maestrías, doctorados y especialidades de Post Grado nivel universitario primera edición Lima Perú 2002.

52 Robert C. Elston. William D. Jonson. Principios de bioestadística. Editorial el manual moderno, S.A. de C.V. Mexico 1ra edición 1990.

53 Denise F. Polit. Berradette P. Hungler. Investigación científicas en ciencias de la salud. 3ra edición Interamericana- mac Graw Hill. Mexico 1991

54 Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Desprendimiento prematuro de placenta protocolo de normas y procedimientos del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé. Dpto de Gineco – obstetricia Lima – Peru. 1994

55 Leopoldo Bejarano Benites. Wilfredo Momontoy Laurel. Cesar Tipacti Alvarado. Estadística descriptiva y lineamientos para la elaboración del protocolo de investigación en ciencias de la salud y conducta. 1ra edición. Peru 1995.



CAPITULO X

ANEXOS N° 1: INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de
Obstetricia

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

***ESTUDIO: Factores de Riesgo Asociados al Desprendimiento Prematuro
de Placenta***

FORMULARIO AD HOC

I. DATOS GENERALES:

1. NOMBRES Y APELLIDOS:

2. N° HISTORIA CLINICA:

3. EDAD.....años

4. ESTADO CIVIL:

CASO CONTROL

Soltera (1)

	1		1
	2		2
	3		3
	4		4

Casada (2)

Conviviente (3)

Otros..... (4)



5. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

CIÓN:		CASO	CONTROL				
Analfabeta	(1)	<table><tr><td></td><td>1</td></tr></table>		1	<table><tr><td></td><td>1</td></tr></table>		1
	1						
	1						
Primaria	(2)	<table><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		2	<table><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		2
	2						
	2						
Secundaria	(3)	<table><tr><td></td><td>3</td></tr></table>		3	<table><tr><td></td><td>3</td></tr></table>		3
	3						
	3						
Superior Técnica	(4)	<table><tr><td></td><td>4</td></tr></table>		4	<table><tr><td></td><td>4</td></tr></table>		4
	4						
	4						
Superior universitario	(5)	<table><tr><td></td><td>5</td></tr></table>		5	<table><tr><td></td><td>5</td></tr></table>		5
	5						
	5						

6. OCUPACIÓN: Con trabajo (1)
Sin trabajo (2)

CASO	CONTROL				
<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr></table>		1	<table border="1"><tr><td></td><td>1</td></tr></table>		1
	1				
	1				
<table border="1"><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		2	<table border="1"><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		2
	2				
	2				

II. DATOS OBSTETRICOS:

1. G.....P.....

2. PARIDAD

Primigesta (1)

Múltipara (2)

CASO

CONTROL

	1
	2

	1
	2

3. EDAD GESTACIONAL:SEMANAS

4. ANTECEDENTE DE DPP

CASO

CONTROL

SI (1)

NO (2)

	1
	2

	1
	2



5. CONTROL PRENATAL

CASO CONTROL

SIN CPN: (1)

	1
	2

	1
	2

CON CPN: (2)

6. PRESENCIA DE ANEMIA

CASO

CONTROL

SI (1)

	1
	2

	1
	2

NO (2)

7. TRAUMATISMO ABDOMINAL

CASO CONTROL

SI (1)

	1
	2

	1
	2

NO (2)

8. HIPERTENSION INDUCIDA POR LA GESTACION

CASO CONTROL

SI (1)

	1
	2

	1
	2

NO (2)



9. PATOLOGIA MATERNA

	CASO	CONTROL				
Presentación Podálica(1)	<table><tr><td></td><td>1</td></tr></table>		1	<table><tr><td></td><td>1</td></tr></table>		1
	1					
	1					
Amenaza de Parto Pretermino(2)	<table><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		2	<table><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		2
	2					
	2					
Polihidramnios(3)	<table><tr><td></td><td>3</td></tr></table>		3	<table><tr><td></td><td>3</td></tr></table>		3
	3					
	3					
Ruptura Prematura de Membranas(4)	<table><tr><td></td><td>4</td></tr></table>		4	<table><tr><td></td><td>4</td></tr></table>		4
	4					
	4					
Miomatosis Uterina(5)	<table><tr><td></td><td>5</td></tr></table>		5	<table><tr><td></td><td>5</td></tr></table>		5
	5					
	5					
Otros(6)	<table><tr><td></td><td>6</td></tr></table>		6	<table><tr><td></td><td>6</td></tr></table>		6
	6					
	6					

10. TIPO DE PARTO:

		CASO	CONTROL				
Vaginal	(1)	<table><tr><td></td><td>1</td></tr></table>		1	<table><tr><td></td><td>1</td></tr></table>		1
	1						
	1						
Cesárea	(2)	<table><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		2	<table><tr><td></td><td>2</td></tr></table>		2
	2						
	2						



ANEXO II: TABLAS EN BLANCO

Cuadro N° 1

**Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Incidencia
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003**

PERIODO	Nº CASOS	Nº CONTROLES	Nº DE NACIMIENTOS
ENERO 2003- DICIEMBRE 2003			

FUENTE: Departamento de Estadística de HNAL

Cuadro N° 2

**Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Edad(años)
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003**

Edad(años)	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Menor E Igual De 19 Años				
20 -24 Años				
25 – 29 Años				
30 – 34 Años				
Mayor E Igual A 35 Años				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL



Cuadro N° 3
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Estado Civil
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Estado Civil	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Soltera				
Casada				
Conviviente				
Otros				
TOTAL				

FUENTE: Historia Clínica HNAL

Cuadro N° 4
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Grado De Instrucción
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Grado De Instrucción	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Analfabeta				
Primaria				
Secundaria				
Superior Técnica				
Superior Universitaria				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL



Cuadro N° 5
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Ocupación
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Ocupación	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Con Trabajo				
Sin Trabajo				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL

Cuadro N° 6
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Paridad
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Paridad	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Primigesta				
Multigesta				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL



Cuadro N° 7
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Edad Gestacional
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Edad Gestacional	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Menor 20 semanas				
21 – 27semanas				
28 – 36 semanas				
37 – 42 semanas				
Mayor 42 semanas				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL

Cuadro N° 8
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Antecedente de DPP
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Antecedente de DPP	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Con Antecedente				
Sin Antecedente				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL



Cuadro N° 9
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Control Prenatal
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Control Prenatal	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Con CPN				
Sin CPN				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL

Cuadro N° 10
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Presencia de Anemia
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Presencia de Anemia	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Con Anemia				
Sin Anemia				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL

Cuadro N° 11
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Traumatismo Abdominal
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Traumatismo Abdominal	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Con Traumatismo				
Sin Traumatismo				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL



Cuadro N° 12
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Hipertensión Inducida Por El Embarazo
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Hipertensión Inducida Por El Embarazo	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Con HIG				
Sin HIG				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL

Cuadro N° 13
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Patología Materna
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Patología Materna	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Presentación Podálica				
Amenaza De Parto Pret Termino				
Ruptura Prematura DE Membranas				
Miomatosis Uterina				
Embarazo Gemelar				
Otros				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL



Cuadro N° 14
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Consumo de Tabaco
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Consumo de Tabaco	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
FUMA				
NO FUMA				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL

Cuadro N° 15
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Consumo de Drogas
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Consumo de Drogas	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
Consume Drogas				
NO Consume Drogas				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL

Cuadro N° 16
Factores De Riesgo Asociados Al Desprendimiento Prematuro De Placenta
Según Tipo de Parto
Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Enero 2003 – Diciembre 2003

Tipo de Parto	CASOS		CASOS	
	Nº	%	Nº	%
VAGINAL				
CESAREA				
Total				

FUENTE: Historia Clínica HNAL